H 111
P232

PROPOSITIONS

N° 1.

SUR

LA DÉLIVRANCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 janvier 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L. PIERRA, de Marcigny,

Département de Saône-et-Loire;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

27547

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur*. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Suppléant*.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Président*.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Suppléant*.	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur*.	Richard.
Dubois, *Examinateur*.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Témoignage d'attachement et de la plus vive reconnaissance.

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES.

Gage d'amitié.

L. PIERRA.

PROPOSITIONS

SUR

LA DÉLIVRANCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

De la délivrance en général.

On a défini la délivrance l'*expulsion* ou l'*extraction du placenta et de ses dépendances hors de l'utérus.*

Cette opération, qui est une espèce d'accouchement secondaire, est tantôt l'œuvre de la nature, tantôt peut exiger de l'accoucheur une part plus ou moins active à son exécution; de là la distinction de la délivrance en *naturelle* et en *artificielle.*

Plusieurs auteurs recommandables ont donné pour précepte de délivrer la femme immédiatement après l'expulsion du fœtus; d'autres auteurs non moins distingués recommandent d'abandonner l'expulsion du placenta aux seules ressources de la nature. Des préceptes aussi généraux ne peuvent être que très-funestes à la femme, et si, dans les cas qui ne s'écartent pas de l'ordre naturel, on doit

attendre le décollement spontané du placenta, il est des circonstances où la main de l'accoucheur devient nécessaire pour opérer la délivrance.

La longueur du temps qui s'écoule entre l'acouchement et la délivrance est très-variable; chez quelques femmes le placenta sort en même temps que le fœtus ou peu de temps après ; d'autres fois il se fait attendre une demi-heure, quelquefois une ou plusieurs heures.

La délivrance sera en général d'autant plus prompte que la femme sera plus forte, que le travail de l'accouchement aura été plus long, que les contractions de l'utérus auront été plus violentes, et que les eaux de l'amnios auront été expulsées plus long-lemps avant la terminaison de l'accouchement, et réciproquement.

De la délivrance naturelle.

Dans la délivrance naturelle on observe deux temps, 1°. celui du décollement du placenta, 2°. celui de son expulsion.

La première de ces opérations commence le plus souvent en même temps que le travail de l'accouchement ; car le placenta n'étant pas susceptible de contraction, il est difficile de concevoir que la matrice puisse se contracter avec quelque énergie, sans changer les rapports, sans rompre plus ou moins complètement les adhérences qui existent entre les surfaces contiguës, d'où il suit qu'après l'expulsion du fœtus le placenta peut être décollé en partie, quelquefois en totalité.

Les signes qui annoncent que la délivrance naturelle s'opère, sont, de nouvelles douleurs résultant des contractions de la matrice, qui s'efforce d'expulser l'arrière-faix; la dureté du globe utérin sen-

tie par la main appliquée sur l'hypogastre ; la souplesse du col de la matrice, et la présence d'un corps mollasse qui s'y engage.

L'expulsion de l'arrière-faix, comme son décollement, est l'effet des contractions de la matrice, aidées de celles des muscles abdominaux et du diaphragme. Le placenta, détaché en partie ou en totalité, stimule, irrite la matrice qui se contracte sur lui ; il s'engage dans son col ; la femme pousse comme pour aller à la garde-robe, et la délivrance est terminée.

Le placenta passe de la matrice dans le vagin, en suivant l'axe du détroit supérieur, et du vagin hors de la vulve dans une direction parallèle à l'axe du détroit inférieur.

On favorise la délivrance en laissant dégorger le sang renfermé dans les cellules du placenta, en faisant de légères frictions sur l'hypogastre et des tractions modérées sur le cordon ombilical au moment des douleurs, et parallèlement à la direction des axes du bassin.

De la délivrance artificielle.

Les circonstances qui peuvent exiger plus ou moins promptement des secours de la part de l'accoucheur, après l'expulsion du fœtus, sont les adhérences contre-nature du placenta, l'inertie de la matrice, l'hémorrhagie utérine, les syncopes, les convulsions, le chatonnement du placenta, le resserrement spasmodique du col de l'utérus et la grossesse composée. Nous allons passer en revue chacun de ces accidens.

De la délivrance dans le cas d'adhérence contre-nature du placenta.

Les cas d'adhérence contre-nature du placenta avec la matrice sont extrêmement rares. Ces adhérences sont *générales* ou *partielles*. On peut présumer que cette disposition existe lorsque la matrice se roidit, et forme dans la région hypogastrique une tumeur dure et globuleuse ; que les douleurs se soutiennent sans que la délivrance marche comme elle devrait le faire après de pareils efforts ; lorsque enfin le doigt porté dans le col de la matrice n'y rencontre pas le placenta, et que celui-ci ne cède pas aux tractions modérées employées ordinairement pour favoriser la délivrance naturelle.

Les adhérences du placenta peuvent exister seules, ou des complications plus ou moins graves se joindre à cet accident. Dans ce dernier cas, il peut y avoir urgence de délivrer la femme. Dans le cas contraire, les uns veulent qu'on abandonne la délivrance aux seuls efforts de la nature ; d'autres qu'on délivre sur le champ, pour préserver la femme des désordres que peut entraîner la putréfaction du placenta dans la matrice. Chacune de ces opinions est soutenue par des hommes recommandables.

La plupart de nos plus célèbres accoucheurs conseillent de tenter l'extraction du placenta ; mais de faire ces tentatives avec beaucoup de prudence et de ménagement, et de s'en tenir à l'expectation plutôt que de violenter la matrice, et d'exposer, par des manœuvres inconsidérées, la femme à des accidens aussi graves et plus certains que ceux qui peuvent résulter de la rétention et de la putréfaction de l'arrière-faix dans la matrice.

Les tractions sur le cordon ombilical doivent être faites dans une direction différente suivant le lieu d'insertion du placenta, mais tou-

jours perpendiculairement à la surface de cet organe. On reconnaît la région de la matrice où se fixe le placenta en tendant le cordon ombilical d'une main, pendant que l'indicateur de l'autre, introduit dans le vagin, explore le point sur lequel il se contourne au-dessus de l'orifice de l'utérus.

Lorsque les tractions, exercées convenablement, ne suffisent pas pour vaincre la résistance opposée par les adhérences, ou que le cordon menace de se rompre ou est rompu, on insinue la main dans la matrice, et on tâche de décoller le placenta, soit en glissant les doigts entre ce corps et l'utérus, soit en saisissant quelque portion décollée de sa circonférence, qu'on entraîne en sens opposé, soit enfin lorsque les adhérences n'existent qu'à la circonférence et que sa partie moyenne est détachée, en perçant le placenta à son centre avec l'indicateur, qu'on promène circulairement entre les surfaces adhérentes.

Lorsque ces adhérences ne cèdent pas à l'emploi de ces moyens, il serait dangereux de s'obstiner à opérer la délivrance.

De la délivrance dans le cas d'inertie de la matrice.

L'inertie de la matrice ou la diminution de sa contractilité dépend le plus souvent d'une faiblesse générale habituelle ou acquise, de l'extrême dilatation de l'utérus pendant la grossesse, d'un accouchement trop prompt, ou d'un travail long et pénible qui a exigé des contractions long-temps soutenues de la part de cet organe.

Les signes qui annoncent l'existence de cet état, sont, l'absence au-dessus des pubis d'un corps arrondi, diminuant progressivement de volume à mesure qu'il acquiert de la dureté; le volume et la flaccidité de la matrice, qui reste située très-haut dans l'hypogastre, et flottant dans l'abdomen; enfin l'absence des douleurs.

L'inertie de la matrice n'exige point une prompte délivrance lors-

qu'elle existe sans autre complication ; il faut, au contraire, laisser reposer un peu cet organe, puis réveiller sa contractilité par de légères frictions sur l'abdomen, relever les forces de la femme par une nourriture convenable, et ne procéder à l'extraction du placenta que lorsque celui-ci aura été décollé par les contractions bien manifestes de l'utérus. Toute tentative faite avant ce temps ne servirait qu'à exposer la femme au renversement de la matrice et à l'hémorrhagie.

De la délivrance dans le cas d'hémorrhagie utérine.

L'hémorrhagie utérine, après l'accouchement, peut dépendre d'un état de pléthore générale de la femme ou de la matrice en particulier, ou bien de l'inertie de ce viscère ; de là la division de ces hémorrhagies en *actives* et en *passives*. Le sang peut jaillir hors de la vulve ou être retenu dans l'intérieur de la matrice. Dans le premier cas, l'hémorrhagie est *apparente* ou *externe ;* dans le second cas, *latente* ou *interne*.

Parmi les accidens qui peuvent engager à délivrer la femme, il n'en est pas de plus pressant que l'hémorrhagie utérine, qui s'oppose à la délivrance naturelle en diminuant les forces générales, et en enlevant à la matrice l'énergie qui lui est nécessaire pour expulser le placenta. Toutefois ce précepte souffre de nombreuses exceptions, et n'est admissible qu'autant que le placenta entretient lui-même l'hémorrhagie, ou qu'il s'oppose à l'administration des médicamens propres à l'arrêter.

Si l'hémorrhagie utérine reconnaît pour cause un état de pléthore générale ou locale, si la femme conserve un pouls plein et fort, si la matrice tend à revenir sur elle-même, et que la décoloration de la face n'ait point lieu, l'extraction du placenta n'est pas un moyen propre à remédier à l'hémorrhagie. Dans ce cas, l'expo-

sition à un air frais, souvent renouvelé, la position horizontale sur un lit de crin ou sur la paille, le repos absolu, quelques boissons acidules froides, tels sont les moyens qu'on doit employer. Si cependant l'hémorrhagie devenait considérable et alarmante, on se conduirait comme dans le cas d'hémorrhagie passive.

L'hémorrhagie passive de la matrice dépend de l'inertie de cet organe. Il est facile de la reconnaître lorsqu'elle est externe. Les signes qui caractérisent l'hémorrhagie interne sont les suivans : la main appliquée sur l'hypogastre, immédiatement après l'expulsion du fœtus, au lieu de trouver une tumeur arrondie, diminuant de volume à mesure qu'elle se durcit et se resserre, y rencontre un corps mollasse, qui se distend et s'accroît avec rapidité, et il ne sort pas de sang par la vulve. A ces signes se joignent la pâleur du visage, l'extinction de la voix, la faiblesse du pouls, l'obscurcissement de la vue, des tintemens d'oreilles, la syncope, et bientôt la mort, si on n'apporte un prompt secours.

L'hémorrhagie interne est la plus redoutable, parce qu'elle peut tuer la femme avant qu'on ait connu ou même soupçonné son existence. Lorsqu'on l'aura reconnue, la première chose à faire sera de chercher, au moyen du toucher, quelle est la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'issue du sang, et de l'enlever par les moyens convenables, soit qu'il dépende de la présence d'un caillot ou du placenta, ou du rétrécissement spasmodique du col de l'utérus ; puis on agira comme dans le cas d'hémorrhagie externe.

Si l'hémorrhagie passive est externe, ou rendue telle, comme nous venons de le dire, l'indication la plus pressante est de solliciter vivement la contractilité de l'utérus par des frictions, des aspersions et des applications réfrigérantes sur l'abdomen et les parties environnantes, et par des injections de même nature dans la matrice. Il a quelquefois suffi d'introduire la main dans la ca-

vité de cet organe pour faire cesser presque subitement l'écoulement du sang.

Quelquefois la matrice, revenue en partie sur elle-même, et appliquée sur le placenta, ne manque que de l'énergie nécessaire pour s'en délivrer ; alors la présence du placenta entretient l'hémorrhagie en s'opposant au retour de la matrice sur elle-même, et il est nécessaire de procéder de suite à son extraction.

Le tampon est toujours dangereux, employé à une époque où la matrice est susceptible d'acquérir une capacité telle, qu'elle puisse contenir assez de sang pour faire périr la femme. Il ne peut donc avoir d'utilité qu'à la suite de l'avortement dans les premiers mois de la grossesse.

De la délivrance dans les cas de syncope et de convulsions.

Les syncopes et les convulsions exigent-elles une prompte délivrance? C'est ce que conseille *Baudelocque* dans son ouvrage (t. 1, p. 401).

M. *Capuron* pense que l'indication la plus urgente, lorsque ces accidens surviennent sans autre complication, est de les combattre par les moyens convenables, puis, lorsque la femme est calme ou revenue à elle-même, de coopérer à la délivrance par la méthode ordinaire.

De la délivrance lorsque le placenta est enchatonné.

A la suite d'un accouchement très-long, surtout si les eaux de l'amnios se sont écoulées de bonne heure, la matrice peut, en se contractant inégalement, former deux cavités distinctes, dont la plus éloignée de l'orifice utérin peut renfermer le placenta en totalité ou en

partie : c'est ce qu'on a désigné sous le nom de *chatonnement* ou d'*enkystement du placenta.*

Cette disposition, qu'il est facile de reconnaître par le toucher, ne s'oppose pas toujours à la délivrance spontanée, mais la rend ordinairement plus longue et plus difficile. Si aucune complication ne se joint au *chatonnement* du placenta, il faut attendre, et se contenter d'employer les moyens propres à favoriser la délivrance naturelle.

Si la nature est impuissante, et les tentatives infructueuses, ou si quelque accident exige l'intervention de l'art, on tâche d'agrandir le rétrécissement par l'introduction lente et progressive des doigts, puis de la main, et alors la manœuvre est la même que dans le cas d'adhérences.

De la délivrance dans le cas de resserrement spasmodique du col de l'utérus.

Le resserrement spasmodique du col de l'utérus est un accident de peu d'importance, qui ne met qu'un obstacle momentané à l'expulsion du fœtus. On s'attachera donc à relâcher le col de la matrice par les injections émollientes, la vapeur de l'eau chaude, par la saignée même, si la femme est pléthorique, par les antispasmodiques si elle est irritable, plutôt que de violenter ce viscère par l'introduction de la main, et de l'exposer ainsi à une inflammation dangereuse. Si ces moyens ne réussissaient pas, ou s'il survenait quelque accident, on se conduirait comme dans le cas précédent.

De la délivrance dans le cas de grossesse composée.

Dans le cas de grossesse composée, on attend que tous les fœtus soient sortis pour délivrer la femme; cependant si, après l'expulsion

de chaque enfant, un placenta se présentait, il faudrait, après s'être assuré qu'il ne fait pas corps avec un autre, procéder sur-le-champ à son extraction.

La délivrance à la suite de l'avortement, ou lorsque le placenta s'implante sur le col de l'utérus, ne présente rien de particulier relativement à la conduite que doit tenir l'accoucheur.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Sect.* 5, *aph.* 37.

II.

Mulier in utero gerens sectâ venâ abortit, et magis, si major fuerit fœtus. *Ibid.*, *aph.* 31.

III.

Sanguine multo effuso, convulsio, aut singultus superveniens, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

IV.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Ibid.*, *aph.* 24.

V.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

VI.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.